

Renseignements concernant l'enfant

NOM et Prénom :garçon fille
 Date de naissance :
 École fréquentée :
 Nom de l'enseignant:Classe :

Renseignements concernant les parents ou la famille d'accueil

PERE : MERE :
 NOM et Prénom : NOM et Prénom :
 Profession : Profession :
 Employeur : Employeur :
 Téléphone : Téléphone :

Nom et adresse complète du Responsable de l'enfant (adresse de facturation)

.....

 Téléphone : mail :

Autre personne à contacter en cas d'urgence

NOM et Prénom
 Adresse :
 Téléphone domicile :
 Téléphone travail :

Coordonnées du Médecin traitant

NOM et Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

Je soussigné(e) M.ou Mme autorise le service à hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

Transport scolaire

- YVIAS-KERFOT KERFOT-YVIAS
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Matin Soir

N° ALLOCATAIRE PRESTATIONS FAMILIALES :

Nom et adresse de la Caisse d'allocations dont dépend l'enfant :

Règlement cantine

- Mairie (chèque ou espèces)
 Titre (paiement internet) www.payfip.gouv.fr

Je soussigné(e) M ou Mme certifie avoir reçu ce jour un exemplaire du règlement intérieur du Restaurant scolaire.

Date et signature